

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

669

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles SOREL

Né le 15 Décembre 1914, à Tourlaville (Manche).

- 3 JUL 1945

Présentée et soutenue publiquement le 19..

**A PROPOS
DU TRAITEMENT SCLEROSANT
DES VARICES NON COMPLIQUÉES
DES MEMBRES INFÉRIEURS**

Président : M. HARVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

2101 HOLE -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SOREL.

Prénom : Charles.

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

SOREL (Charles). — A propos du traitement sclérosant des varices non compliquées des membres inférieurs. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SOREL (Charles). — A propos du traitement sclérosant des varices non compliquées des membres inférieurs. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SOREL (Charles). — A propos du traitement sclérosant des varices non compliquées des membres inférieurs. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SOREL (Charles). — A propos du traitement sclérosant des varices non compliquées des membres inférieurs. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153310_0110

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles SOREL

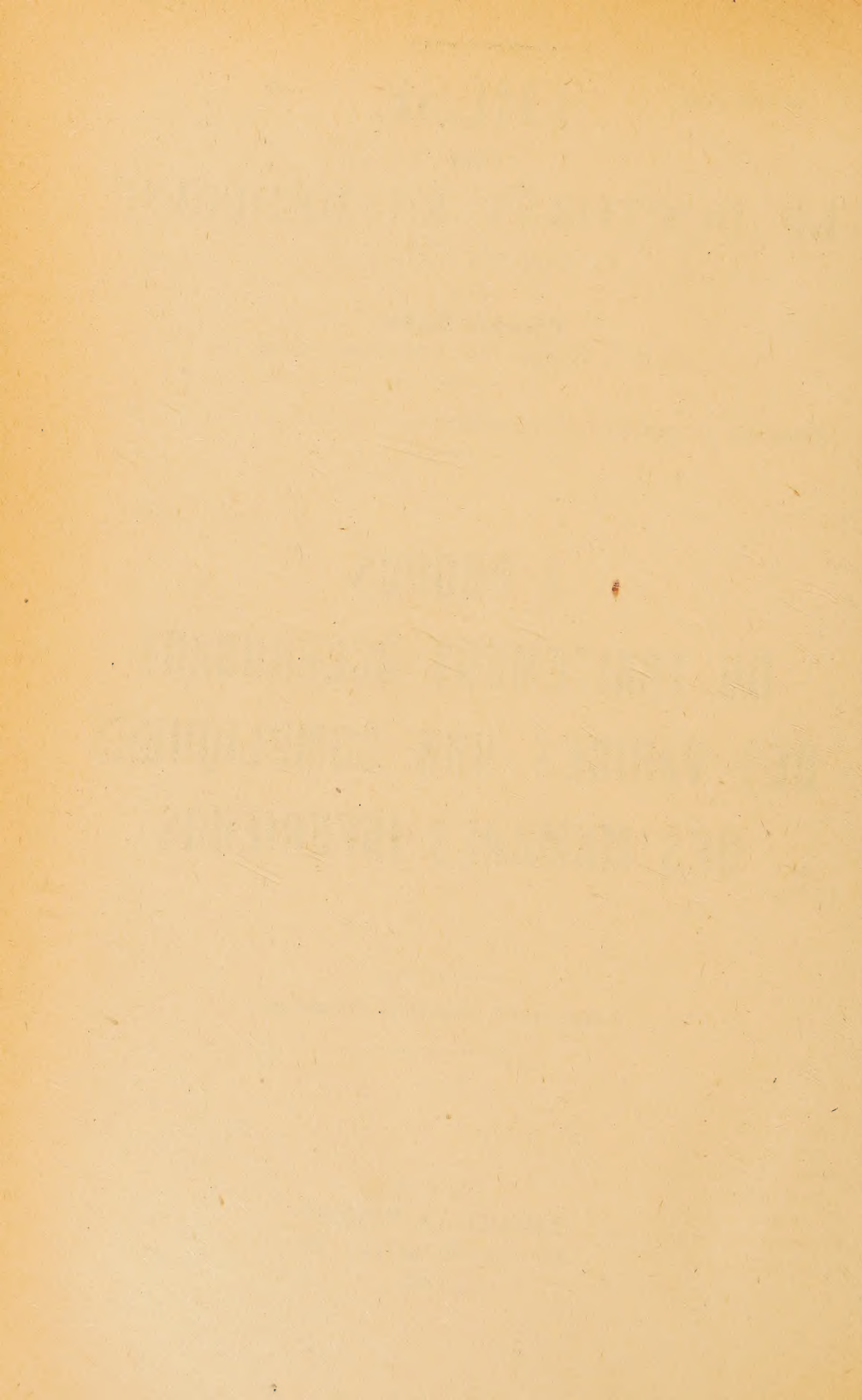
Né le 15 Décembre 1914, à Tourlaville (Manche).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

**A PROPOS
DU TRAITEMENT SCLEROSANT
DES VARICES NON COMPLIQUEES
DES MEMBRES INFERIEURS**

Président : M. HARVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray,
Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-
Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion,
Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary,
Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale et Médecine du Travail	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHEL (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.	Médecine générale	DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie pathologique .	DELARUE.		LELONG.
	Mlle GAUTHIER- VILLARS.		LENEGRE.
Bactériologie ..	BONNET.		MARCHAL.
Chimie médicale .	N...		MOLLARET.
	AMELINE.		MOUQUIN.
	FEVRE.	Médecine légale .	SOULIE.
	FUNCK-		DESOILLE.
	BRENTANO.		DIGONNET.
Chirurgie générale	MENEGAUX.	Obstétrique ...	LACOMME.
	PATEL.		SUREAU.
	SICARD.		N...
	N...	Ophtalmologie ..	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie ..	HALPHEN.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie ..	LAVIER.
Hydrologie	N...	Parasitologie	
Hygiène	N...	coloniale	N...
	BARIETY.	Pathologie	
	BERNARD (Et.).	expérimentale .	LEMAIRE.
	BOULIN.	Pharmacologie {	Mlle J. LEVY.
	BROUET.		N...
Médecine générale	CACHERA.	Physiologie	N...
	COSTE.		N...
	DELAY.	Physiologie	
	GARCIN.	médicale	DESGREZ (H.).
		Thérapeutique ..	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	GATELLIER.	Clinique O. R. L.	HALPHEN.
	DE GAUDART		
	D'ALLAINES.		
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.	Clinique médicale }	ALAJOUANINE.
			CHEVALLIER.
			LAROCHE Guy.
			MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	LELONG	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-		
	LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires Mmes DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
de l'Hôpital Cochin

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

La méthode sclérosante des varices a connu un tel succès depuis douze ans qu'elle semble devenir actuellement une méthode facile, infaillible, aussi bien dans l'esprit des malades que dans celui de la plupart des médecins.

Aussi voyons-nous se multiplier les échecs, les accidents dommageables aussi bien pour les médecins que pour les malades.

Nous ne prétendons pas, par ce travail, faire œuvre nouvelle, mais nous voulons réunir quelques faits dont l'existence ne peut être méconnue.

Insistons d'abord sur le fait que, si les injections sclérosantes sont pour une grande part à la base du traitement des varices, elles n'en constituent pas le seul élément; dans cet exposé, on trouvera tout d'abord un chapitre anatomo-physiologique sommaire, puis un rapide aperçu des étapes historiques du traitement sclérosant, enfin un chapitre sur le traitement sclérosant des varices non compliquées, avec une technique de piqûre simple et à la portée de toute personne un peu adroite et non la technique de virtuose qui est trop souvent donnée, et en insistant particulièrement sur les méthodes et la conduite du traitement. En dernier lieu sont enfin réunies quelques conclusions qui nous paraissent faire le point actuel de la question.

NOTIONS SOMMAIRES SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES VARICES

Nous ne prétendons pas faire ici une leçon sur l'anatomie et la physiologie des veines, nous dirons seulement quelques vérités qu'il nous paraît utile de connaître pour comprendre.

Les veines sont des canaux cylindriques construits pour supporter une faible pression (15 à 16 centimètres d'eau au maximum). Il existe un système de valves et d'anastomose qui *répartit régulièrement la pression*, dite *pression veineuse*; celle-ci est facile à étudier et a suscité de nombreux travaux; il nous fait étudier :

- les éléments constitutants de la pression veineuse,
- la disposition du système régulateur de pression.

I. — PRESSION VEINEUSE.

a) — *La tonicité des parois est faible.* La veine, cylindrique lorsqu'elle est pleine, est aplatie et elliptique à la coupe dès qu'elle se vide; la paroi comprend très peu de fibres lisses, en majorité transversales, et les fibres élastiques sont également peu nombreuses : donc *faible contractilité et faible élasticité.*

b) — D'autre part, la capacité totale du système veineux est double de celle du système artériel (HALLER,

SAPPEY); il en résulte donc une importante chute de pression.

c) — Divers éléments modifient encore la pression veineuse : certains l'abaissent en créant une aspiration qui précipite le courant telles l'inspiration thoracique, les aspirations régulières systoliques et diastoliques du cœur droit; d'autres l'augmentent : telles la poussée abdominale, la pression mécanique dans certaines régions du corps riches en veines (plante du pied, par exemple) et surtout la *contraction musculaire*. Les veines profondes sont beaucoup plus solidement charpentées que les veines superficielles, car elles sont noyées dans une masse musculaire contractile qui renforce leur paroi. *Aussi n'existe-t-il jamais de varices internes ou profondes*. L'ectasie ne peut se constituer que dans les zones où ce tissu de soutien manque : sous la peau d'abord et aussi, disent quelques auteurs, dans l'épaisseur des nerfs. Ce dernier point est au moins vraisemblable et rendrait compte des sciaticques chez les « congestifs ».

Bref, la pression veineuse normale est la résultante de trois éléments essentiels :

- la poussée *a tergo*,
- la tonicité pariétale,
- la contraction musculaire.

II. — SYSTÈME RÉGULATEUR DE PRESSION

comprend la disposition réticulée et la présence de valvules.

a) — Le réseau à mailles irrégulières constitué par les veines anastomosées en étages, amortit facilement toute surpression; ce fait essentiel explique pourquoi la thérapeutique des varices doit tenter de rétablir un

réseau à pression constante et non viser à scléroser au hasard toute varice visible.

b) — Les valvules disposées en nids de pigeon ou d'hirondelle sont fermées par le sang refluant à contre-courant; mais surtout :

la paroi des veines est *normalement* moins solide et moins épaisse au-dessus des valvules qu'au-dessous, comme si la valvule n'était pas un élément ajouté à la paroi, mais bien une lame détachée « en copeau » de sa paroi interne. On peut ainsi expliquer qu'une surpression accidentelle dans le « bief » qui sépare deux valvules, donne une dilatation ampullaire sus-valvulaire et, cette dilatation sus-valvulaire entraîne progressivement l'écartement des valvules et leur insuffisance.

D'autre part, les valvules sont serties sur un anneau fibreux, qui, une fois dilaté et « claqué », ne se reconstitue pas. L'absence d'élasticité de l'anneau fibreux rend compte de l'extension souvent rapide des dilatations variqueuses.

— *Anatomie et physiologie pathologiques des veines.*

Nous ne ferons qu'esquisser ce chapitre, en expliquant simplement la marche des troubles que tout le monde a constatés.

Première étape : varice sèche; la saphène, par exemple, est dilatée. La dilatation progresse de haut en bas, ce qui a fait suspecter dans l'étiologie des varices, une insuffisance congénitale de la valvule ostiale de la saphène externe. Microscopiquement, les fibres musculaires ont presque disparu, les fibres élastiques sont atrophiées.

Deuxième étape : varice noyée dans un œdème mou; cet œdème commence à la malléole et progresse de bas

en haut : l'hypertension veineuse est, en effet, maxima à la malléole.

Troisième étape : retentissement cutané ; l'œdème durcit, devient rouge, non dépressible, douloureux, irréductible même par décubitus prolongé. Bientôt, on voit apparaître des troubles de l'épidermisation, de la kératinisation sous forme de dermite eczématiforme.

Quatrième étape : ulcération cutanée ; l'altération épidermique aboutit très vite à l'excoriation, et l'excoriation est la porte ouverte à l'infection. L'exulcération cutanée peut être banale, echtymatoïde, gommeuse. Tous ces éléments réunis constituent l'ulcère variqueux classique ; il faudra donc toujours y rechercher les trois éléments fondamentaux : *l'irritation mécanique, l'infection, l'artériolite syphilitique.*

Cinquième étape : gangrène limitée, assez rare.

Sixième étape : transformation, très rare, d'un ulcère en épithélioma ; la dégénérescence se faisant au bord de l'ulcère, au niveau de la zone de réparation.

— *Etiologie et pathogénie des varices.*

Ce chapitre a une grande importance pratique, car souvent « la cause commande l'indication thérapeutique, constitue une contre-indication ou permet le diagnostic ».

L'âge d'apparition des varices est compris entre vingt et quarante-cinq ans. Mais le début des varices ne coïncide pas toujours avec le moment où elles deviennent gênantes.

On a invoqué *l'hérédité*.

Les varices sont beaucoup plus *fréquentes chez la femme* que chez l'homme ; en effet, tous les épisodes de la vie génitale de la femme retentissent sur les veines ectasiées. La puberté, la ménopause voient appa-

raître ou augmenter les varices. Les règles en exagèrent les signes objectifs comme les symptômes subjectifs. La *grossesse*, enfin, et surtout, les suscite ou les développe. On ne peut accuser uniquement la compression par l'utérus gravide, car l'extension des varices ne suit pas l'évolution de la grossesse : on a remarqué que si le fœtus succombe *in utero*, l'effacement des ectasies veineuses précède l'expulsion. On a donc été amené à envisager d'autres hypothèses et GAUGIER a souligné fort justement le rôle de l'hypophyse. GAUGIER, ayant constaté l'existence fréquente de varices chez les acromégaliques, suppose l'existence d'une hormone, « sécrétée par le corps jaune lors des règles ou de la grossesse, qui neutraliserait l'action tonique de l'hypophyse sur les fibres lisses utérines et veineuses ».

Les *infections* sont rarement en cause, en dehors des phlébites. Seules la typhoïde et la syphilis sont des causes indiscutables de varices.

Les *intoxications exogènes* ou les maladies des métabolismes ont un rôle plus estompé. La goutte crée assurément des varices localisées.

À côté de ces causes générales, il faut placer les *causes locales* dont l'importance est certainement très grande, parfois même prépondérante.

Dans les cas précoces, surtout on a invoqué l'existence d'une *malformation congénitale* portant principalement sur la crosse de la saphène; nous croyons fermement qu'une bonne part des varices relèvent de cette cause, qui n'agit peut-être pas seule, d'ailleurs.

La grande cause des varices idiopathiques est la stase sanguine d'origine purement mécanique. Il faut invoquer d'abord les *compressions* : compression abdominale par une cirrhose hépatique; une tumeur; compression pelvienne par une tumeur des organes génitaux, fibrome surtout; dans des cas les varices, d'ori-

taux, fibrome surtout; dans ces cas les varices, d'oricocèle, une valeur de symptôme — compression crurale ou jambière enfin —. Un exemple très précis en est donné par la compression par un cal de fracture. Enfin, longtemps incriminée comme facteur de varices, la *Jarretière*, a été réhabilitée par DELBET. En tous cas, si elle existe, cette cause de varices est rare. La stase procède surtout de la *station debout sans marche associée*.

La grande cause locale qu'il nous reste à examiner est la *phlébite*; et il faut distinguer les varices succédant à une simple périphlébite, des varices succédant à une grande phlegmatia et surtout on doit, avant de traiter, s'attacher à préciser l'état fonctionnel de la circulation. Au sortir d'une phlébite, il peut y avoir soit *restitutio ad integrum*, soit sclérose veineuse totale avec oblitération complète de la lumière : dans ce cas, il se produit dans la réseau superficiel des varices de compensation qui constituent, de toute évidence, un *noli me tangere* thérapeutique; troisième possibilité : sclérose veineuse partielle; dans ce cas, on peut voir survenir des ectasies superficielles et, si la circulation profonde est normale ou satisfaisante, on peut supprimer ces varices.

Pour terminer ce chapitre étiologique, nous ferons remarquer qu'on peut souvent invoquer l'association de plusieurs causes dans la production des varices.

ORIGINES ET EVOLUTION DU TRAITEMENT SCLÉROSANT

C'est à la fin de la guerre 1914-18 que SICARD découvrit les propriétés sclérosantes de certains produits. Traitant des syphilis nerveuses par un iodure en injection intra-veineuse, il se rendit compte bientôt de l'oblitération progressive des veines. Celle-ci s'établissait sans douleur ni enflure, ni réaction phlébitique et aboutissait au bout de quelques temps à un dessèchement fibreux de la veine; cette fibrose fut ensuite étudiée à d'autres fins et en 1920, SICARD publiait les premiers résultats de son nouveau procédé.

Déjà en 1853, PRAVAZ et son école avaient tenté une thérapeutique anti-variqueuse par oblitération, mais ils obtenaient celle-ci par des coagulants tels que le perchlorure de fer, la liqueur iodotannique (VALLETTE 1875), le chloral (NEGRETTI 1889), le sublimé (SCHARFF), etc... Bien souvent, à côté de réussites certaines, on observait des réactions phlébitiques graves, des embolies, et la méthode fut abandonnée.

En 1922, SICARD substitue le salicylate de soude au carbonate trop caustique. Depuis, des quantités de produits furent employés : le chlorhydrate de quinine, uréthane, quinine-urée, le biiodure de mercure, l'iode, le citrate de soude, le morrhuate de soude, la glycérine (JAUSION), le glucose (en Allemagne), etc...

On a objecté au traitement sclérosant, la possibilité

de provoquer une phlébite embolisante ou non ; il n'y a jamais phlébite, comme l'a montré SICARD, « il n'y a jamais de gêne en amont d'une réaction consécutive à une injection, mais bien soulagement » (ce serait le contraire, dans le cas de phlébite).

Quant à l'embolie, elle n'a jamais été observée avec les produits actuellement utilisés.

On a insisté également sur la gêne de la circulation de retour, ce qui n'est possible que si le sujet est un ancien phlébitique d'où conclusion pratique : l'examen de la circulation profonde est indispensable chez les anciens phlébitiques qui demandent un traitement sclérosant, sous peine des plus graves déboires.

Les escharres sont exceptionnelles et presque toujours dues à des fautes de technique.

TRAITEMENT DES VARICES NON COMPLIQUÉES

La marche à suivre dans le traitement dépend du nombre de facteurs et, pour classer les idées, nous envisagerons successivement :

- le but à atteindre,
- l'examen du malade,
- la technique du traitement,
- un schéma des méthodes et de conduite du traitement,
- enfin, un dernier chapitre traitera rapidement des moyens adjuvants ou substitutifs.

A. — LE BUT A ATTEINDRE.

Le but est de restaurer la circulation et, partant, la nutrition et la motricité du membre variqueux. La méthode sclérosante est un moyen et il importe de bien savoir qu'on ne sclérose pas aveuglément toute varice, on examine son malade et on *fait la part du traitement sclérosant*; enfin, on est amené à surveiller étroitement et longuement le malade après la cure.

B. — L'EXAMEN DU MALADE.

Le début des varices est toujours insidieux : chez certains malades, les *signes fonctionnels* abondent; la

sensation de lourdeur dans les jambes est la plus fréquente. L'œdème est parfois aussi très précoce; parfois un gros œdème presque éléphantiasique fond en une nuit de repos et se reconstitue *en quelques minutes*, au lever du malade. D'autres troubles sont encore accusés par le malade : crampes diurnes et nocturnes, douleurs de type sciatique et on a pu parler de varices des vasa nervorum. Enfin certains malades accusent des douleurs profondes; c'est l'histoire classique des varices internes; Nous avons vu qu'elles n'existent pas et ces douleurs profondes doivent orienter les recherches vers des affections nerveuses ou artérielles dont l'association avec les varices est d'ailleurs possible.

Rares sont les malades qui accusent tous ces symptômes. Beaucoup viennent consulter sans troubles fonctionnels, simplement parce qu'ils voient des varices et qu'ils craignent des complications.

On fait alors un interrogatoire serré, en faisant préciser la date de début des troubles (des varices à développement rapide peuvent faire penser à une compression pelvienne), la profession du sujet, les maladies antérieures, le rôle des règles, des grossesses successives, y a-t-il eu infection post-partum, post-abortum ? Quel a été le rôle de la ménopause ? Il faut noter encore l'état intestinal, la constipation, la possibilité d'hémorroïdes associées, pratiquer un toucher vaginal et un toucher rectal à la recherche d'une compression abdomino-pelvienne; enfin il faut faire préciser avec grand soin l'existence ou l'absence d'antécédents phlébitiques; l'existence de ces antécédents obligeant à vérifier la perméabilité de la circulation veineuse profonde avant de commencer tout traitement sclérosant.

1) *Examen d'un variqueux sec.*

On l'examine debout sur une chaise, le médecin res-

tant assis; on cherche à la vue, puis au doigt, l'existence de varices; on constate l'existence de cordons tendus, mais rénitents, depressibles; il faut aller lentement, suivre les collatérales, bref tracer le plan des varices du membre. Il est classique de rechercher le *signe de Trendelenburg* qui consiste à faire coucher le malade pour affaïsser la veine turgescence, puis à poser un doigt sur son extrémité proximale pour suppléer la valvule déficiente; lorsqu'on supprime brusquement la pression du doigt (le malade étant alors debout), on voit et on palpe un vrai coup de bélier par reflux liquidien vers le pied. L'absence du signe de Trendelenburg doit faire conclure à veine visible et faire rejeter le diagnostic de varice; c'est le seul intérêt de ce signe. Par contre le *signe de Schwartz*, ou signe du flot, est d'une importance capitale. Il faut appliquer trois doigts (index, médium et annulaire) repliés en crochet le long de la veine au niveau de la cuisse par exemple. Ils lui impriment de petites secousses brusques que perçoit à la jambe un « doigt récepteur » : « ce signe contrairement à ce qui est écrit partout, ne signifie nullement qu'il y a inversion du courant sanguin, mais il révèle la continuité de la colonne liquide et permet de déceler le trajet d'une veine invisible ou difficile à palper ». (GERSON)

2) Examen d'un variqueux œdématié.

Un œdème discret doit être recherché systématiquement au cours de tout examen clinique. En cas d'œdème important, remontant au genou, on examinera le sujet au lit, avant tout lever; le signe du flot est ici extrêmement précieux. En cas d'œdème dur, on perçoit un trou, limité de deux côtés opposés, mais se prolongeant en gouttière des deux autres côtés; les bords de cette gouttière sont durs, de consistance quasi-cartilagineuse:

c'est le tissu périveineux plus scléreux que la veine elle-même.

En cas d'examen impossible, en raison de l'importance de l'œdème, « une botte de Unna, appliquée une semaine durant, facilitera l'examen en comprimant l'œdème d'une façon permanente ». (GERSON)

3) *Examen d'un variqueux ancien phlébitique.*

Un gros problème se pose ici : la plébite a-t-elle oblitéré les voies profondes de retour du sang ? Si oui, il faut respecter les varices qui constituent une circulation de secours indispensable. Si non, on peut les scléroser, à condition de ne pas réveiller la phlébite. Il faut recourir à l'épreuve capitale :

Epreuve de DELBET et MOCQUOT : mettre le patient debout. Placer un lien circulaire en caoutchouc, serré comme pour une prise de sang, au-dessus des troncs variqueux. Dire au malade de se hausser brusquement sur la pointé des pieds et de se laisser retomber. Faire exécuter le mouvement six ou sept fois très vite. Si la veine ectasiée s'affaisse, c'est la preuve de l'existence d'une aspiration par expression musculaire des veines profondes. En déliant le lien il y aura un coup de béliet, comme dans le signe de Trendelenburg. Il faut toujours recommencer cette épreuve deux fois en vérifiant le serrage du lien.

En cas d'œdème, on fera précéder l'épreuve de DELBET de l'épreuve de la botte de UNNA.

4) *Diagnostic différentiel.*

En général aisé, on ne confondra pas un œdème variqueux avec un œdème brightique ou cardiaque; on respectera les dilatations veineuses de la goutte; en cas de douleurs profondes, il faut savoir penser à l'artérite.

« *La conclusion de l'examen d'un variqueux doit être un bilan de la maladie et un diagnostic d'intervention* ».
(GERSON)

5) *Indications thérapeutiques.*

« Tout malade dont la circulation superficielle est ectasiée sans qu'on puisse agir sur la cause de ses varices et sans que ses varices soient indispensables à la circulation de retour, doit être traité par les injections sclérosantes ». Telle est l'indication générale.

Des indications particulières méritent cependant qu'on s'y arrête :

- a) traitement urgents — varices douloureuses; varices énormes avec atrophie cutanée sus-jacente; varices avec début de complication (eczéma, ectasies capillaires); varices rompues avec hémorragie abondante,
- b) traitements prudents — varices superficielles, souvent intolérantes; varices pré-tibiales ou péri-articulaires, douloureuses à l'injection et dont la veinite est facilement trop intense,
- c) traitements spéciaux — jambes infiltrées de cellulite qui exigent une technique spéciale; anciens phlébitiques,
- d) traitements différés par l'emploi d'une méthode adjuvante pour la cure d'une complication (cellulite, ulcère, etc...),
- e) traitement associés, notamment s'il existe une dysendocrinie,
- f) indications relatives : varices petites ou inesthétiques.

6) *Contre-indications thérapeutiques.*

Elles sont d'ordre général ou d'ordre local.

— Les contre-indications d'ordre général sont rares, mais importantes :

— la principale est la grossesse : « l'état de gravidité est une contre-indication formelle et absolue du traitement sclérosant », que ces varices aient précédé ou non l'état de grossesse,

— l'abstention est de règle en cas de tumeur pelvienne (kyste, fibrome, etc...),

— l'âge n'est pas une contre-indication,

— le mauvais état général peut en constituer une,

— l'allaitement est une contre-indication absolue à la sclérose, du fait de l'élimination des médicaments par le lait,

— les cardiopathies décompensées commandent l'abstention. Les infections générales ne la commandent que temporairement.

— Les contre-indications d'ordre local sont également importantes :

Contre-indications dues à des complications :

— les phlébites récentes sont une contre-indication absolue; il faut savoir attendre, car la perméabilité se rétablit le plus souvent et la sclérose devient possible,

— les périphlébites sont une contre-indication temporaire,

— la cellulite n'est qu'une contre-indication temporaire; on peut scléroser les varices après avoir traité la cellulite,

— l'ulcère de jambe est une contre-indication de prudence; elle peut être levée après la cure de cette complication.

Contre-indications dues à des lésions vasculaires chroniques profondes :

L'atteinte légère ou grave des artères est une contre-indication absolue du traitement sclérosant et des cures thermales c'est une indication formelle de la diathermie, des vasodilatateurs et au besoin de la sympathectomie. Il en est de même de la maladie de Burger.

On se méfiera toujours des phlébitiques anciens; un examen serré est nécessaire (épreuve de DELBET et MOCQUOT) et toute atteinte grave de la circulation profonde est une indication de la diathermie et une contre-indication de la sclérose.

On peut résumer ce chapitre des contre-indications en disant qu'avant de faire une injection sclérosante, il faut avoir éliminé : la grossesse, la phlegmatia ancienne, l'artérite.

C. — TECHNIQUE DES INFECTIONS INTRA-VARIQUEUSES.

Cette technique est délicate et demande un long apprentissage pour être pratiquée sans erreur fâcheuse. La piqûre intra-variqueuse est une « intraveineuse atypique ».

1) *Le matériel.*

— La seringue doit être toute en verre.

On doit disposer de seringues de 1, 2, 3, 5 et 10 cm³ aussi longues que possible pour leur capacité; on veillera à avoir des seringues à frottement doux, ne grippant pas au va-et-vient et à la rotation; le piston demi-plein est de beaucoup le meilleur.

— Les aiguilles seront de 1 cm. et demi de longueur et en nickel, car elles ont meilleure pointe que les aiguilles de platine que l'on ne peut renouveler souvent, étant donné leur prix élevé; le calibre sera de 6/10^e de millimètre.

On stérilisera ces aiguilles à sec, après les avoir bien nettoyées; chaque instrument sera dans un tube de verre particulier.

— Il faut opérer sur une table d'examen avec un abattant mobile pour mettre la jambe en déclive à l'angle voulu.

— Opérer à la lumière du jour, ou, à défaut, utiliser une lampe frontale.

2) Technique opératoire :

Il faut tout d'abord *palper la veine*, le malade étant debout sur un escabeau; on choisit la région à piquer et on « se familiarise » avec le tronçon veineux dans lequel on va piquer. Dans cet examen, il ne faut pas omettre de rechercher les trajets invisibles qui relient deux tronçons visibles.

— Le malade sera piqué *couché* sur la table à plat, ou la tête légèrement surélevée. Mieux vaut ne pas piquer debout : les hématomes, l'hémorragie externe sont fréquentes et obligent à des manœuvres supplémentaires. D'autre part, la crampe est beaucoup plus pénible, plus prolongée et enfin la sclérose se produit en dessous plutôt qu'au dessus du point piqué, ce qui peut être gênant. Nous n'attachons aucune importance au fait de piquer en direction de l'amont ou en direction de l'aval.

— On doit opérer rapidement : après désinfection de la peau; d'abord piquer la peau et arri-

ver au contact de la veine, puis traverser la paroi veineuse, enfin cathétériser la veine à fond. Aspirer ensuite un peu de sang pour vérifier qu'on est bien dans la veine et pousser le piston à fond; il faut aller vite mais rester prêt à aspirer à la moindre sensation de résistance, ce qui indique une fausse route accidentelle. Dans les cas où l'injection est délicate, avant d'appuyer fortement, il est bon d'injecter d'abord quelques gouttes avec précaution en demandant au malade s'il ne ressent pas de douleur. Enfin, réaspirer un peu de sang et le réinjecter pour rincer l'aiguille qui, de la sorte, n'abandonnera pas un sillage de produit caustique en repassant à travers les tissus.

— Appliquer un tampon à l'orifice de perforation veineuse, retirer l'aiguille d'un coup sec, faire une compression légère; le malade reste un instant étendu; ensuite il peut se lever et marcher. Il faut recommander au malade d'éviter les massages, les traumatismes, les jarretières, les bas élastiques.

3) *Difficultés de la technique :*

On ne doit jamais tenir compte des résultats de l'inspection non contrôlée par la palpation, ceci surtout en cas d'œdème.

Lorsque l'aiguille est supposée être dans la lumière de la veine, on aspire et rien ne vient; faire alors tourner la seringue de 90° sur son axe et aspirer à nouveau; rien ne vient encore, alors retirer l'aiguille aussitôt et recommencer ailleurs. On ne doit jamais chercher à rattraper une piqure manquée, car on provoquerait rapidement un spasme de la veine qui peut même s'étendre à toutes les veines du membre.

Pendant l'injection, on peut rencontrer deux ordres de difficultés : le gonflement veineux et la piqûre extra-variqueuse. Dans le premier cas, la veine gonfle, comme soufflée par un œdème brutal; en ce cas s'arrêter un instant et appuyer du bout du doigt sur la tuméfaction. Si elle est douloureuse, on doit soupçonner une injection extra-veineuse et retirer l'aiguille. Si elle est indolente, réaspirer un peu de sang et continuer. La crampe sera vive et rien de plus ne se produira. Dans la piqûre extra-variqueuse, le malade accuse une sensation de cuisson, de brûlure; aussi est-ce la règle de pousser la valeur de $1/5^e$ de centimètre cube et de demander à ce moment au malade s'il ne sent rien; s'il ne souffre pas, pousser franchement; s'il se plaint, vérifier la liberté de la pointe et l'arrivée du sang par l'aspiration; si le malade souffre encore, appuyer l'index à 1 cm. en avant du biseau de l'aiguille : si la douleur accusée par le malade augmente beaucoup, l'issue de liquide hors de la veine est certain. Une injection extra-variqueuse de $1/5^e$ de centimètre cube n'a aucune importance avec les solutions employées; il faut savoir qu'une douleur au point piqué qui dure plus de trois ou quatre minutes, traduit presque toujours une injection extra-veineuse.

4) Suites des injections intra-variqueuses.

Suites normales : nous ne parlerons que de *suites locales*.

La douleur à l'injection est toujours minime; elle est plus accusée autour des articulations et sur les faces d'extension des membres.

La crampe, siégeant autour du point piqué,

est vive, si la veine piquée est petite ou péri-articulaire, presque nulle dans les piqûres des gros troncs; elle est vive si le sujet est debout pendant la piqûre, beaucoup moins forte si on le fait étendre pour le piquer. La crampe dure environ une minute et manque souvent. Presque constante avec le salicylate, rare avec l'iode, elle est exceptionnelle avec la quinine. En tous cas, lorsqu'il y a crampe, il n'y a pas augmentation de la douleur par la pression du doigt à 1 centimètre en avant du biseau de l'aiguille, comme dans le cas d'injection extra-veineuse (sauf s'il y a coexistence). On a cherché à expliquer cette sensation de crampe par la réaction du sympathique périveineux. En tous cas, la crampe ne se prolonge jamais et n'empêche jamais le malade de marcher.

Par « réaction », on entend la veinite qui est le processus normal de sclérose des varices; elle apparaît le plus souvent le lendemain de l'injection et peut revêtir trois types : soit le tableau d'endoveinite pure, marqué par une tuméfaction rosée sensible, de 5 à 10 centimètres de long, non gênante, durant de deux à quatre jours et laissant après elle une veine durcie, augmentée de volume, plus ou moins sensible. Après une semaine, la veine paraît dure sur une longueur de 5 à 10 centimètres; cette réaction laissera derrière elle la sclérose désirée. Le tableau peut revêtir un type plus accentué avec augmentation des signes cardinaux de l'inflammation, mais au bout de quinze à vingt jours, le tableau est redevenu identique à celui du huitième jour dans le cas d'endoveinite pure.

Enfin, la réaction peut revêtir une allure et une intensité anormales :

Suites anormales :

L'injection extra-variqueuse peut donner un simple œdème douloureux, durant vingt-quatre heures.

D'autres fois, elle peut réaliser un aspect pseudo-phlegmoneux : un peu d'aspirine per os, quelques cataplasmes sur la tuméfaction, ou des applications d'antiphlogistine feront tout rentrer dans l'ordre.

D'autres fois, encore, elle peut donner lieu à une escharre; c'est très rare et presque toujours dû à une maladresse; la formation de l'escharre se fait en plusieurs temps : une phase d'œdème puis une bulle séro-hématique qui s'ouvre bientôt; là on assiste à son élimination. La phase de réparation est très longue et peut durer des semaines. Souvent persiste une pigmentation résiduelle.

A côté de ce type d'escharre, on peut décrire l'escharre à distance, qui est rare et dont l'explication est malaisée.

Le traitement des escharres se fait par des pansements gras; nettoyer seulement à l'éther et utiliser des pansements aseptiques.

Ecchymoses et hématomes.

« Si l'ecchymose doit être placée sans les suites anormales de l'injection, il faut insister sur le fait que, chez beaucoup de sujets, elle en est une conséquence normale et constante ». Dans ces cas; il s'agit le plus souvent, de femmes un peu grasses, à peau mince, souvent blondes ou rousses.

Quant à l'hématome, c'est un incident des plus rares et sans gravité. Il existe un type spé-

cial d'hématome, dont la nature est difficile à préciser et que, cependant, il est important de savoir, cliniquement, distinguer des escharres. En réalité peut-être est-ce une escharre qui n'évolue pas. Le tableau est celui d'une tache ronde, noire, de la taille d'un pièce de 0,50 sur une zone rouge de 2-3 centimètres de largeur, le tout reposant sur un peu d'œdème douloureux.

La veinite pseudo-phlegmoneuse réalise un tableau de phlegmon.

La réaction au lieu de suivre sa marche lente et limitée s'étend et s'intensifie. Deux signes capitaux sont à noter :

— a) — l'absence presque constante de fièvre,

b) — l'absence d'adénopathie satellite.

La résorption de cette tuméfaction se fait rapidement sous l'action de simples cataplasmes, de pansements humides chauds d'applications d'antiphlogistine. Jamais ce pseudo-phlegmon n'aboutit à la suppuration ni à l'escharre.

Les causes qui déclenchent ces grosses péri-veinites sont difficiles à dégager.

La veinite extensive n'est que la progression en longueur de la veinite normale.

Le réveil de foyers phlébitiques anciens a été décrit par SICARD.

Parmi les suites éloignées, citons la pigmentation en bande, l'induration nodulaire prolongée.

D. — MÉTHODES ET CONDUITE DU TRAITEMENT.

Il importe tout d'abord de faire un bilan soigneux

des symptômes observés et des indications thérapeutiques; ensuite, il faut choisir la technique à employer et faire un plan de traitement; enfin, il faut mettre cette technique en œuvre et l'adapter à l'évolution de l'affection.

1) *Bilan de l'examen :*

Il permettra de classer les malades soit dans la catégorie des sujets chez qui le traitement sclérosant est indiqué, aisé à pratiquer, et chez qui on est sûr d'obtenir un bon résultat : ce sont les porteurs de varices sans cause apparente, ou bien survenues après les couches, sans épisode infectieux antécédent.

A l'opposé, des malades où l'abstention est de règle, soit temporairement, soit définitivement : une phlébite profonde qui a bouché les voies de retour axiales du membre, une grossesse, un mauvais état général, un œdème important c'est dans ces cas qu'il faut mettre en œuvre les traitements adjuvants.

Entre ces deux extrêmes, se place toute une série de malades, où il faudra procéder avec prudence.

Enfin savoir qu'un traitement étiologique peut amener la guérison : traitement d'une constipation, ablation d'un kyste ovarien, changement de profession et parfois traitement anti-syphilitique.

2) *Choix de la technique :*

C'est à la méthode sclérosante qu'on demande d'agir. Parmi toutes les solutions sclérosantes utilisées et rapidement citées au chapitre de l'Histoire, nous ne discuterons que les deux principales : le salicylate de soude et les solutions iodées.

Le *salicylate de soude* s'emploie aux concentrations de 20, 30 et 40 p. 100. Il importe de savoir qu'il vaut

mieux augmenter la quantité injectée que d'augmenter la concentration.

On commencera par 3 centimètres cubes de la solution à 20 ‰, on augmente si les résultats sont insuffisants et on s'arrête à la dose qui sclérose la veine sans gêner le malade; en cas d'insuccès après injection de 10 cm³ de la solution à 20 ‰, on passe à la solution plus forte, 3 cc. pour augmenter progressivement, si besoin est.

Le salicylate est un produit très maniable, très souple, très sûr, expérimenté par de nombreux médecins. Mais il présente quelques inconvénients : il est douloureux, la crampe est très violente, très vive; le salicylate est capricieux dans ses effets enfin il donne parfois des phénomènes de périveinite précoce plus ou moins marqués, sans gravité mais gênante.

La solution iodée. — C'est RAVAUT qui, dans son service fit un essai de cure de varices avec succès, avec la solution de Lugol; GERSON a modifié la formule et remplacé l'iodure de potassium, toxique, par l'iodure de sodium qui l'est moins. 2 solutions sont utilisées :

Solution normale	(Iode	1 gramme
	Iodure de sodium	2 grammes
	/ Eau distillée	Q. S. pour 100 cent. cubes.

Solution concentrée	(Iodure de sodium	2 grammes
	Iode	4 grammes
	/ Eau distillée	Q. S. pour 100 cent. cubes.

cette dernière à n'utiliser qu'avec prudence car elle peut donner des réactions locales importantes.

Les *avantages* de la solution iodée sont :

- 1°. — Son action très douce, comparée à celle du salicylate : il n'y a pas de crampe immédiate, elles sont exceptionnelles.
- 2°. — La « réaction » est douce et régulière et surtout endoveineuse; les formes intenses sont rares. En cas de veinite extensive, il y a plus d'endoveinite que de périveinite.
- 3°. — D'autre part, on n'a pas à se préoccuper de l'élimination rénale aux doses employées.
- 4°. — Les doses sont les suivantes :

A la première séance, on ne dépasse pas 3 cm³ de la solution normale; on réduira à 2 centimètres cubes si la veine est petite ou à parois minces.

Lorsque la réaction est insuffisante, on peut augmenter jusqu'à 10 centimètres cubes; au-delà, on prend alors 2 centimètres cubes de la solution forte, rarement trois.

Un avantage de ces doses est que l'on emploie le plus souvent de petites seringues.

- 6°. — La solution iodée extra-veineuse est douloureuse un instant, juste assez pour s'apercevoir de son erreur. En tous cas « on ne provoque jamais d'escharre ». (GERSON)

Le principal *inconvenient* est la couleur de la solution qui gêne pour voir le reflux du sang dans la seringue; il faut s'habituer à voir ce reflux dans l'embout.

Comme le dit fort justement TOURNAY « ce qui importe, ce n'est pas tant la concentration de la solution dans la seringue que sa concentration une fois dans la veine ». On comprend par conséquent que l'action des solutions sclérosantes soit différente suivant le sujet, la façon d'opérer, ou suivant le cas; et c'est pourquoi on recommande d'injecter avec le même matériel, d'in-

jecter vite (pour obtenir une forte concentration intra-veineuse avec des solutions de concentrations moyennes dans la seringue). Ajoutons encore qu'il vaut mieux injecter en position couchée.

On n'emploiera que très prudemment le salicylate de soude ou la quinine chez les albuminuriques, et on préférera s'abstenir d'iode chez les tuberculeux pulmonaires.

Les techniques à début proximal ou distal.

A la suite de SICARD, la plupart des auteurs commencent la sclérose par la malléole et remontent progressivement jusqu'à la racine du membre. D'autres font le contraire: d'autres commencent à la partie moyenne.

Nous préférons la technique à début proximal, car elle répond mieux que toute autre, au but que nous nous sommes proposé : restituer la circulation autant que faire se peut, et non pas scléroser à l'aveugle toutes les varices; elle repose sur l'idée de créer d'emblée un arrêt, analogue à une valvule qui empêche la surpression de continuer son action.

La sclérose de la saphène, à la face interne de la cuisse, est en général suivi d'un affaissement plus ou moins marqué des varices de tout le membre, d'une diminution des œdèmes, d'un « allègement » de tout le membre; et il n'est pas rare, à la suite de l'oblitération du sommet d'un gros tronc variqueux, de voir les collatérales reprendre un calibre normal et le nombre de varices à scléroser se réduire notablement.

3) *Principaux schémas du traitement variqueux moyen :*

On commence toujours le traitement par le côté que le malade désigne comme le gênant le plus.

On ne doit faire qu'une piqûre par séance, afin d'éviter des réactions qui immobilisent le malade.

On ne doit faire qu'une séance par semaine; en cas de réaction violente il ne faut pas hésiter à remettre une séance à huitaine et plus.

Un dernier point nous reste à examiner : c'est la distance à laisser entre chaque point piqué.

En général, la zone sclérosée par une piqûre a une longueur de 7 à 8 centimètres; il faudra donc piquer à 4 centimètres au-dessous de la zone sclérosée par la piqûre précédente. A ce propos on distingue une zone sclérosée d'une zone non sclérosée, par ce fait que la veine est devenue dure, non dépressible, incapable de donner, si on la percute, une sensation de flot sur un segment voisin, incapable aussi de recevoir le flot provoqué sur un segment voisin.

D'autre part, ne jamais piquer une veine dont l'inflammation pourrait réveiller une veinite voisine mal éteinte.

La fin du traitement sera exécutée avec une grande lenteur. Avant de décider qu'un traitement est terminé, il faut une révision soigneuse. On décèle ainsi parfois des segments non sclérosés ou mal sclérosés, qui constituent des amorces de récidives, d'où le précepte de pratiquer une surveillance attentive et surtout prolongée.

Traitement d'un grand variqueux.

Les varices peuvent être importantes par leur nombre : le traitement ne sera qu'une question de patience; et dans le cas de veine de gros calibre, il faut se méfier particulièrement des veinites intenses et des veinites ascendantes.

Traitement d'un paquet variqueux limité.

Il faut scléroser d'abord la veine qui draine ce pa-

quet et ensuite seulement le paquet variqueux.

Traitement des varicosites.

Scléroser d'abord les veines afférentes, parfois sous-jacentes au paquet variqueux. C'est là le temps important.

Pour des varicosités très fines, on peut recourir à l'électrolyse négative, aux scarifications et à la neige carbonique.

Traitement d'une récidue.

On voit des récides à longue échéance, chez les malades traités par les meilleurs spécialistes et avec les meilleurs produits; d'où la nécessité de *surveiller* le malade après son traitement; on voit des récides sur une veine incomplètement sclérosée, ou bien une autre veine s'est ectasiée. Opérer comme dans un cas neuf et rechercher si la récidue n'a pas une cause (fibrome, grossesse).

Traitement des varices post-phlébitiques.

Réservé aux cas où le signe de DELBET montre que la circulation profonde de retour est satisfaisante; en cas de doute, faire l'épreuve de la botte de UNNA après une séance de diathermie de trente minutes; si la botte est bien supportée on put tenter prudemment la sclérose, et toujours en commençant par la racine du membre. On ne continue le traitement que si chaque piqûre améliore le malade.

Traitement des varices consécutives à une fracture ou à une plaie :

Ce cas est particulièrement complexe. Dans l'ensemble, on s'inspirera des règles posées pour le traitement des anciens phlébitiques.

TECHNIQUES ADJUVANTES OU SUBSTITUTIVES

La chirurgie des varices a vécu; employée seule, suivant la technique d'ALGLAVE, elle n'enlève que le tronc principal et laisse toutes les branches collatérales, que des anastomoses rapidement développées continuerons à distendre.

L'exercice composé de marches progressives est excellent; la chasse, le golf, la montagne sont des sports excellents.

Les bains chauds sont nuisibles; la natation en eau froide est le meilleur sport du variqueux.

Les soins *d'hygiène générale* sont des plus utiles :

Le massage est excellent, dans les cas contre-indiquant les injections sclérosantes; on utilisera toujours le massage de surface.

La compression locale a pour but l'atéléctasie des varices; le bas à varices est recommandable dans les suites de phlébites, dans les varices qui compensent une oblitération de la circulation profonde. Son principal intérêt est de soulager le membre d'un excès de sang « en stase » dans les varices.

La diathermie donne de bons résultats dans les cas compliqués de cellulite, dans les varices post-phlébitiques dont l'œdème fond très bien.

Médicaments. — On a recommandé l'ergot de seigle et ses dérivés, l'adrénaline, les corps voisins, la teinture de cupressus (TOURNAY), le marron d'Inde, la teinture d'Hamamélis ou la poudre d'Hamamélis telle que la donnent les Anglais (LOUSTE). L'iode et ses dérivés ont donné de bons résultats. Les médications adjuvantes sont constituées surtout par l'opothérapie.

CONCLUSIONS

I. — La méthode des injections sclérosantes, de SICARD, reste le procédé de choix de traitement de la grande majorité des varices non compliquées des membres inférieurs.

II. — Le but à atteindre étant de restaurer la circulation et, partant, la nutrition et la motricité du membre variqueux, il importe de procéder à un examen complet et minutieux du malade afin de poser les indications de technique.

Chez les anciens phlébitiques notamment, l'épreuve de DELBET et MOCQUOT est capitale avant d'entreprendre tout traitement.

III. — La technique des injections sclérosantes pour varices, doit être rigoureuse, minutieuse, faite de multiples détails.

IV. — Un malade en fin de traitement doit être revu tous les mois pendant trois mois, tous les deux mois pendant six mois, tous les quatre mois pendant l'année qui suit, puis tous les ans.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
HARVIER

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES (A.). — Les varices et leur traitement. Paris 1927.
- ALLAINES (d') et ROSSEAU. — Traitement des varices par ligature des troncs, associée aux injections sclérosantes. (*Presse Médicale*, 29 juin 1927).
- BENTSEN (Aage). — Om varicer paa under extremitaterne. (*Thèse méd.* Copenhague 1925).
- BONNET (Noël). — Du traitement des varices superficielles par les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. (*Thèse méd.* Paris 1920).
- DELATER (Jean). — Résultats récents obtenus par le « Procédé des mélanges » dans l'oblitération des varices. (*Thèse méd.*, Paris 1939).
- GERSON (Louis). — Indications et contre-indications de la méthode sclérosante dans la cure des varices du membre inférieur. (*Progrès médical*, 10-24 mars 1945).
- GIORGACOPULO (D.). — Le varici. Bologne 1936.
- JAEGER (Félix). — Etiologie, thérapeutique des varices. Leipzig 1936.
- LAFAY (Georges). — Les indications et contre-indications des injections sclérosantes dans le traitement des varices. (*Thèse méd.* Montpellier 1939).
- LOUVEL. — Injection sclérosante et sympathectomie périveineuse. (*Presse médicale*, 9 mai 1931).

SICARD (J.-A.) et GAUGIER (L.). — Le traitement des varices par les injections locales sclérosantes. Paris 1931.

TOURNADRE (Jacques). — Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs. Le salicylate de soude en injection phlébosténosante. (*Thèse méd.* Lyon 1925).

TOURNAY (Raymond). — Les varices. Pratique des injections sclérosantes, 1929.

TREVES-BARBER (T. Henry). — The treatment of varicoseveins of the lower extremities by injections. Bristol 1929.